Ocaña, 25 de Septiembre de 2025

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

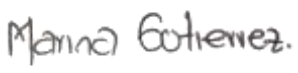
LUZ MARINA GUTIERREZ GALVIZ, identificado (a) con la cédula de ciudadanía **1093922123** expedida **TIBU**, me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, con base a los siguientes datos, a saber:

VALOR DEL CONTRATO	ESCRIBIR EN 21.231.264,29 EL VALOR TOTAL DEL CONTRATO
VALOR CUENTA A PRESENTAR	VALOR A COBRAR EN **4.246.253** EN ESTE PERIODO
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL **1 SEPTIEMBRE** AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025
SUPERVISOR DEL CONTRATO	HOLGER SANTOS

Se presentan como soporte de la cuenta correspondiente, los siguientes documentos:

	CONTRATISTA	
SOPORTES	**APLICA**	**CUMPLE**
1. Factura Electrónica	NO	
2.Cuenta de Cobro	SI	X
3. Informe de Actividades	SI	X
4. Pago de la Planilla de seguridad social	SI	X

Atentamente,



NOMBRE DEL CONTRATISTA
CC.1093922123

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No2.
CONTRATO No 695-2025

DEBE A:
LUZ MARINA GUTIERREZ GALVIZ
CC. 1093922123

LA SUMA DE:
CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA TRES PESOS ($4.246.253)

PERIODO:
DEL 01 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025

POR CONCEPTO DE: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN LA GUÍA OPERATIVA DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EN EL HOGAR, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NÚMERO 54004552025 CELEBRADO ENTRE LA ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES Y EL ICBF

Se tomarán costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo por los servicios prestados (Rentas exentas numeral 10 del artículo 206 del ET)	SI	NO
	X	

Cordialmente,

Marina Gutierrez.

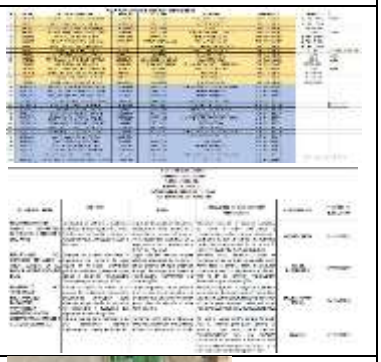
LUZ MARINA GUTIERREZ GLAVIZ
C.C.1093922123
CELULAR: 3142948050
CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA N° 590-909425-60

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	**LUZ MARINA GUTIERREZ GALVIZ**	**CÉDULA**	**1093922123**
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PROGRAMA INTEGRADO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN OCAÑA ICBF
PERFIL	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**PERIODO DEL INFORME**	DEL **01** AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025
No. CONTRATO	695-2025		
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCUION DE LAS ACCIONES PLASMADAS EN LA GUIA OPERATIVA DEL SERVICIO DE RECUPERACION NUTRICIONAL EN EL HOGAR, EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERDMINISTRATIVOS NUMERO 54004552025 CELEBRADO ENTRE E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES Y EL ICBF.		
VIGENCIA	5 MESES		

CONTROL DE ACTIVIDADES			
N	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS**	**ACTIVIDAD EJECUTADA**	**EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**
1	Apoyar el proceso de focalización de los 100 usuarios asignados a la Unidad de Servicio, incluyendo niños y niñas de 0 a 5 años con desnutrición aguda moderada o severa, y mujeres gestantes con malnutrición, garantizando su identificación, vinculación y el mantenimiento de dicha población durante toda la ejecución del convenio.	No aplica en el periodo reportado ya que se realizo en el mes de agosto.	No aplica
2	Verificar que cada usuario focalizado cuente con la documentación requerida, de conformidad con la Guía Operativa del ICBF, asegurando que se recopilen y mantengan actualizados los formatos,	Se realiza verificación a todos los beneficiarios de que tengan todos los documentos requeridos.	

	consentimientos, fichas de ingreso y demás soportes necesarios para su atención integral.		
3	Entregar en medio físico y digital la información que le corresponda diligenciar, relacionada con su rol dentro del equipo de la Unidad de Servicio, conforme a los formatos y lineamientos definidos por la E.S.E. y el ICBF.	Durante el mes de septiembre se realizaron toma de peso y talla verificación de alimentos, charlas educativas, se realizaron seguimientos a niños y niñas el cual se cargan las evidencias al drive y se le hace entrega al coordinador del equipo.	 
4	Realizar el acercamiento con actores clave del territorio, incluyendo líderes comunitarios, instituciones de salud, autoridades locales y organizaciones sociales, con el fin de fortalecer la articulación territorial e identificar factores determinantes que incidan en la situación nutricional de la población.	No aplica en el periodo reportado ya que se realizó en el mes de agosto.	No aplica
5	Asegurar la entrega completa y oportuna de la Ración Familiar Para Preparar – RFPP a la totalidad de los usuarios vinculados, siguiendo los lineamientos técnicos de distribución, registro y	Se realizo entrga de las RFPP el dia 22 de septiembre	

	trazabilidad establecidos en la Guía Operativa.		
6	Elaborar y entregar el plan de trabajo mensual al coordinador de la Unidad de Servicio (UDS), especificando actividades programadas, metas operativas, cronograma y territorios a intervenir.	Se realiza plan de trabajo y cronograma de visitas al cual se le entregaron al coordinador.	
7	Brindar capacitación al equipo de trabajo de la unidad de servicio en temas relevantes para la adecuada ejecución del convenio, así como capacitar a los usuarios y sus familias en asuntos relacionados con salud, nutrición, higiene, autocuidado y otras temáticas propias de su área de formación.	Charlas educativas en el hogar sobre IMPORTANCIA DEL CONSUMO DE AGUA SEGURA EN EL HOGAR y posturas adecuadas en la lactancia materna charla de encuentro de 50 usuarios.	  

8	Asistir de manera puntual a los encuentros técnicos, reuniones operativas, comités y demás espacios convocados, y apoyar activamente todas las actividades programadas por la E.S.E. o el ICBF en desarrollo del convenio.	Capacitación 17 de septiembre sobre desnutrición aguda en niños y niñas- se asiste a reuniones grupal martes, miércoles.	 
9	Presentar un informe mensual de ejecución de actividades, que contenga el detalle de las acciones realizadas, avances frente a las metas asignadas, novedades, dificultades encontradas, usuarios atendidos y resultados obtenidos, adjuntando los respectivos soportes.	Se realiza todas las actividades contractuales para dar complimiento al contrato.	

10	Ejecutar todas las demás actividades que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual, siempre que estén enmarcadas dentro de las funciones del perfil, los lineamientos del ICBF, y las disposiciones técnicas, administrativas y operativas del convenio.	Aparte de lo anterior, también se realizó visita grupal, se tallo y peso al 100%dellosusuarios,charlas educativas en el hogar, charlas grupales, registrar y verificar el cuéntame.	  

CONTRATIASTA	
NOMBRE	**LUZ MARINA GUTIERREZ GALVIZ**
FIRMA	Marina Gutierrez.

Certificación Bancaria

Sábado, 26 de julio de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LUZ MARINA GUTIERREZ GALVIZ identificado(a) con CC 1093922123, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	59090942560	2018-03-17	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141193495612

(415)7707212489984(8020) 000014119349561 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 3 9 2 2 1 2 3	3	Impuestos de Cúcuta 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 3 9 2 2 1 2 3	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Tibú 8 1 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUTIERREZ	GALVIZ	LUZ	MARINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Los Patios 4 0 5

41. Dirección principal: CL 44 2 E 65 CONJ CERRADO MONTEALINA CA E 31 BRR VARIANTE LA FLORESTA

42. Correo electrónico: marina_g2@icloud.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 2 9 4 8 0 5 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 2 1 0 5 2 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código																										

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores				
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MENESES ROJAS HENRY CLARET

985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1093922123
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ MARINA GUTIERREZ GALVIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TIBU	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 6 NO. 2-140 BARRIO MIRAFLORES	TELÉFONO:	5663394
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4623118270**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/25			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994113052

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 271.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.800	$ 0	$ 271.800
SUBTOTALES:										**$ 271.800**	**$ 0**	**$ 271.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 212.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 212.400	$ 0	$ 0	$ 212.400
SUBTOTALES:													**$ 212.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 212.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 41.400	$ 41.400	$ 0	$ 0	$ 41.400
SUBTOTALES:									**$ 41.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 41.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP													
																												APORTES VOLUNTARIOS		FSP																					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINED	TOTAL APORTE
1	CC 1093922123	GUTIERREZ GALVIZ LUZ MARINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.698.600				NO	01																	230301-PORVENIR	30	$ 1.698.600	$ 271.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 271.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.698.600	$ 212.400	$ 0	$ 212.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.698.600	109392212	$ 41.400		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL PAGADO: $ 525.600

Planilla Pagada